N° 28

DES PROCÉDÉS ACTUELS DE DILATATION ARTIFICIELLE DE L'UTÉRUS

ET DE LEURS APPLICATIONS RESPECTIVES EN GYNÉCOLOGIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Avril 1891

PAR

Charles CAILLENS

Né à Cambieure (Aude), le 1er octobre 1863

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

3, Place de la Mairie, 3

1891

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN (✻) . . . . . DOYEN
BERTIN-SANS. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.		DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie		ENGEL.
— VILLE (Ch. de c.)		
Hygiène.		BERTIN-SANS.
Clinique médicale		CASTAN (✻).
Clinique médicale		GRASSET.
Physiologie.		LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.		GRYNFELTT.
Opérations et appareils		N...
Anatomie pathologique et histologie . . .		KIENER (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻).
Anatomie.		PAULET (O. ✻ ✠).
Pathologie interne.		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET.
Physique médicale.		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Pathologie externe (Ch. d. c.).		ESTOR.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✠).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. ✻ C. ✠).

Chargés de Cours complémentaires

Clinique annexe des mal. des vieillards. .	MM.	N ..
Histologie.		BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants.		BAUMEL, agrégé.
Clinique annexe ophtalmologique.		TRUC, agrégé.
Accouchements.		GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		BROUSSE, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. DE GIRARD	MM. TRUC	MM. SARDA
BLAISE	GERBAUD	ESTOR
BAUMEL	GILIS	HÉDON
VILLE	BROUSSE	LECERCLE
FORGUE		

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. CARRIEU, *président.*	MM. HÉDON, *agrégé.*
PAULET (✻), *professeur*	SARDA, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Mon unique ambition sera de faire votre bonheur.

A M. le Docteur DUFOUR et sa Famille

ESPÉRAZA (Aude)

CH. CAILLENS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur CARRIEU

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur CHALOT

A TOUS MES MAITRES

A TOUS MES AMIS

CH. CAILLENS.

INTRODUCTION

On a beaucoup écrit dans ces derniers temps sur la dilatation artificielle de l'utérus, et cependant la question n'est pas encore complètement élucidée. Un point, le plus important pour un jeune praticien, a été laissé principalement et comme à dessein dans l'ombre : nous voulons parler des applications respectives de chaque procédé de dilatation dans les cas nombreux et variés où cette opération est indiquée.

C'est en vain qu'on parcourt les journaux et les ouvrages spéciaux : la littérature gynécologique est à peu près muette à ce sujet. Les gynécologues, pour la plupart, se sont contentés de faire l'éloge ou le procès de telle ou telle méthode, mais là s'est bornée leur tâche, et même, disons-le de suite, ils n'ont pas apporté dans leurs appréciations l'impartialité désirable ; ils ne les ont pas surtout étayées d'un parallèle critique complet de toutes les méthodes. D'autres, il est vrai, se sont montrés plus consciencieux dans cette étude, mais ils sont eux-mêmes restés incomplets.

En d'autres termes, si les indications de la dilatation artificielle de l'utérus sont bien posées aujourd'hui, si nous savons quand il faut dilater l'utérus, nous ne savons pas d'une

façon assez précise, comment, par quel procédé il faut dilater dans un cas déterminé.

Ce travail n'a pas la prétention de combler cette lacune : le temps dont nous disposions ne nous l'a pas permis ; nous ne possédions pas surtout la compétence et l'expérience personnelle nécessaires. Notre thèse n'est qu'une modeste contribution à l'étude des applications des procédés actuels de dilatation utérine. Nous laissons à des plumes plus autorisées le soin de traiter magistralement la question.

Si nous avons osé aborder ce sujet, c'est grâce aux encouragements et aux conseils éclairés de M. le professeur Chalot. Qu'il veuille bien accepter nos plus vifs remercîments, et aussi nos humbles félicitations pour la distinction dont il vient d'être honoré.

Nous ne saurions trop apprécier l'honneur que nous a fait M. le professeur Carrieu en acceptant la présidence de notre thèse.

Que M. le Doyen de la Faculté nous permette de lui témoigner toute notre gratitude pour la bonté qu'il nous a montrée en maintes circonstances.

Enfin nous terminerons en rendant un sincère et respectueux hommage à tous nos Maîtres de cette illustre École de Montpellier, que nous aimons et que nous quittons avec regret.

DIVISION DU SUJET

Faire connaître les applications spéciales à chaque procédé de dilatation utérine, tel est le but que nous avons poursuivi. Nous avons dû pour cela, après avoir tracé un rapide aperçu historique de la question, qui remplit le premier chapitre, poser dans un deuxième les indications de la dilatation de l'utérus en général. Dans une troisième partie, nous sommes entré dans le cœur même du sujet, par l'exposé sommaire des divers procédés ; nous avons insisté sur leur critique et sur leurs applications tirées de cette critique même ; enfin, dans une quatrième et dernière partie, nous avons résumé notre travail, et essayé de tirer des conclusions.

Nous avons fait à dessein d'être aussi bref que possible dans l'exposé et la technique des divers procédés, pour ne pas nous surcharger de détails connus de tous, et, pour ne pas nous répéter, nous insistons ici une fois pour toutes sur un point de la plus haute importance.

« Toute investigation, dit Vulliet, qui comporte l'attouche-
» ment de la muqueuse génitale avec le doigt ou avec des
» instruments est susceptible de provoquer des accidents

» graves. Plus le genre d'investigation est compliqué au » point de vue de sa technique, plus les dangers sont grands. » Aussi, le cathétérisme, la dilatation, le prolapsus artificiel » commandent autant de prudence que les opérations les » plus sérieuses..... Il est certain que dans la pratique de la » gynécologie, nous pouvons, sans opérer, alors que nous » n'en sommes qu'à chercher le diagnostic, faire courir déjà » de sérieux dangers aux malades. Ces dangers résultent de » l'infection.

» La muqueuse génitale, celle de l'utérus surtout, est si » délicate et si vulnérable, qu'il est presque impossible de » pratiquer une manœuvre quelconque sans détacher des » épithéliums de revêtement.

» Or, toute solution de continuité dans une muqueuse est » une porte ouverte à l'infection. »

Recommander l'antisepsie peut paraître oiseux aujourd'hui, et pourtant que de fois la dilatation faite dans de mauvaises conditions de propreté a provoqué des accidents parfois mortels ! La ville de Montpellier en a tout récemment encore fourni un fâcheux exemple. On a accusé l'opération elle-même, alors que souvent l'opérateur seul était coupable !

Mais il y a vingt ans, l'opérateur avait une excuse : il était coupable sans le savoir ; il n'en est plus ainsi à notre époque. S'il ne nous est pas permis, comme le dit si bien Vulliet, même dans l'intervention la plus insignifiante en apparence, d'éviter un traumatisme opératoire, aussi léger soit-

il, il nous est au contraire toujours possible de rendre ce traumatisme ou dangereux ou inoffensif, selon que nous négligerons ou que nous pratiquerons l'antisepsie la plus rigoureuse avant, pendant, et après l'opération.

Il n'entre pas dans notre cadre d'exposer les moyens à mettre en usage.

DES PROCÉDÉS ACTUELS

DE

DILATATION ARTIFICIELLE DE L'UTÉRUS

ET

DE LEURS APPLICATIONS RESPECTIVES EN GYNÉCOLOGIE

I

HISTORIQUE

L'idée de pénétrer dans l'utérus est fort ancienne, puisque Hippocrate introduisait dans le col des bâtons de pin arrondis et bien polis, d'autres disent des tiges de plomb, préalablement trempés dans de l'huile ; mais, s'il pratiquait cette manœuvre, ce n'était pas dans un but d'exploration, c'était uniquement en vue de rectifier le canal utérin dévié ou de l'agrandir dans le cas de sténose. De cette époque reculée, il faut attendre jusqu'au XVII[e] siècle, pour voir Cook employer la racine de gentiane, mais toujours dans l'unique but de s'attaquer à l'atrésie du col. Vers la fin du même siècle, un médecin hollandais, Rosenhnyssen, se sert de cette même racine pour

commencer la dilatation qu'il continue ensuite avec des instruments de métal ou d'ivoire, et cela pour faciliter l'écoulement des humeurs.

Les premières tentatives d'exploration intra-utérine ont lieu seulement au XVIII[e] siècle entre les mains de Leduc, Chambon et surtout de Levret, tentatives, du reste, bientôt oubliées, jusqu'au moment où Huguier, Valleix, Kiwisch, reprennent cette idée féconde, tracent les règles de l'hystérométrie et complètent ces données au moyen de pinces dilatatrices inventées tout exprès.

En 1814, Binnic reconnaît la présence d'un corps fibreux intra-utérin et, pour l'extraire, se fait la voie au moyen d'une éponge. Plus tard (1826), Mackintosh d'Edimbourg, propose des bougies métalliques contre les sténoses du col et revient, par là, à la vieille pratique d'Hippocrate. Quelques années après, en 1844, l'examen d'une pièce anatomique, d'un utérus atteint de polype et dont la cavité s'était, de ce fait, considérablement dilatée, inspire à Simpson d'Edimbourg l'idée d'employer, pour reproduire ce que faisait la nature, l'éponge préparée, depuis longtemps en usage pour élargir les fistules. Déjà, un an auparavant, il avait créé la dilatation sanglante avec son métrotome. Martin père la pratiqua en Allemagne en 1849 avec son métrotome à deux lames ; mais cette opération n'entra dans la pratique courante que sous les auspices de Sims, qui en fut le plus enthousiaste vulgarisateur. Simpson avait déjà généralisé les applications de la dilatation utérine et en avait fait ce qu'elle est aujourd'hui, une méthode diagnostique et thérapeutique. Sloan, en 1862, enrichit la gynécologie de la laminaire, pendant que d'autres, Pajot, Scanzoni, Doléris, Sims, Ellinger, etc., reviennent aux dilatateurs métalliques qu'ils perfectionnent.

Cependant, il y a vingt ans encore, on était sobre de dilatation à cause de ses nombreux revers. Du reste, toute la gynécologie

était encore plus du domaine médical que du domaine chirurgical. L'antisepsie a rendu les opérateurs plus confiants. Depuis, Hancks, Lanson Tait, etc., et surtout Hégar de Fribourg, reprennent l'idée déjà vieille de Mackintosh et vulgarisent la dilatation progressive au moyen de leurs bougies graduées.

Enfin tout récemment, dans le courant de 1886, M. Vulliet de Genève a doté la science de son procédé des tamponnements progressifs qui, plus que tout autre, répond à ce besoin d'exploration intime, de précision, besoin qui semble justifié aujourd'hui par le nombre et la variété des manœuvres auxquelles se livre sur l'utérus la gynécologie contemporaine.

Actuellement, cinq procédés de dilatation sont en présence : 1° Le procédé par les tentes expansibles (l'éponge préparée, la laminaire, etc.) ; 2° le procédé par les pinces dilatatrices métalliques ; 3° le procédé par les bougies graduées ; 4° le procédé par les tamponnements progressifs, ou procédé de Vulliet ; 5° le procédé par l'instrument tranchant.

Nous nous contentons ici de les énumérer.

II

BUTS ET INDICATIONS DE LA DILATATION DE L'UTÉRUS EN GÉNÉRAL

Lorsqu'on fait la dilatation artificielle de l'utérus, on se propose soit : 1° d'explorer ou avec le doigt, ou un instrument, ou l'œil lui-même, la cavité utérine, afin de rendre sûr un diagnostic laissé hésitant par d'autres moyens d'exploration ; soit 2° de recalibrer ou de rectifier le canal utérin rétréci ou dévié, ou d'en panser la surface en y introduisant des topiques ou d'y opérer sous le contrôle du doigt ou de l'œil.

Dans ces quelques lignes se trouvent contenues toutes les indications de la dilatation : il est aisé de voir qu'elle est tantôt une manœuvre exploratrice, tantôt une manœuvre thérapeutique.

Nous allons l'étudier à ce double point de vue.

I. — Indications de la dilatation, moyen de diagnostic

Les affections utérines ne se révèlent quelquefois au chirurgien que par des symptômes vagues, douleur, hémorragies, etc., incapables par eux-mêmes de lui donner des renseignements suffisants pour établir un diagnostic. Son devoir est alors de recourir aux moyens d'exploration usités en gynécologie : toucher vaginal, examen au spéculum, palpation bimanuelle, toucher rectal, cathétérisme. Mais souvent ces manœuvres elles-

mêmes le laissent dans le doute. C'est alors le doigt qui devient le plus sûr instrument de diagnostic, mais seulement alors qu'on a épuisé les ressources ordinaires. Or, le canal cervical n'a pas le calibre suffisant pour admettre l'index, et ce n'est que par une dilatation préalable que le toucher utérin, devenu nécessaire, pourra être pratiqué. Nous savons bien que le toucher intra-utérin est une manœuvre délicate, car on n'est jamais absolument sûr d'avoir le doigt idéalement aseptique, mais il n'en est pas moins vrai qu'il est quelquefois utile d'y avoir recours. Il est en effet incontestable que la sensation immédiate perçue par le doigt introduit dans l'utérus, fournira des données bien plus précises que celle médiate fournie par l'hystéromètre ou un autre instrument. C'est ainsi que l'on pourra se rendre un compte exact du relief de fongosités, de l'absence ou de la présence d'une tumeur (polype, fibrome, etc.), apprécier son siège, son volume, sa consistance, sa forme, etc., constater une ulcération, en un mot poser avec certitude un diagnostic. Tout cela deviendrait impossible si, le col n'étant pas naturellement dilaté, ce qui est le cas le plus fréquent, on ne faisait la voie par la dilatation artificielle. La dilatation permettra encore de reconnaître les flexions utérines ; elle nous dévoilera surtout les sténoses du canal cervical, soit tout entier, soit de l'un ou de l'autre de ses orifices.

Bien plus, dans certaines circonstances, malgré la précision que donne au diagnostic le toucher intra-utérin, il reste quelquefois une inconnue au sujet des allures ultérieures d'une lésion. L'examen *de visu* plusieurs fois renouvelé pourra seul, d'après Vulliet, nous renseigner sur ces tendances, et nous pouvons aujourd'hui réaliser cet examen de la cavité utérine au moyen de l'œil. Il est vrai qu'avec M. le professeur Chalot, Doléris et d'autres gynécologues, nous serons très réservé à l'égard de cette indication de la dilatation. Poussée à ce point, elle nous paraît avoir peu d'utilité dans le plus grand nombre des cas ;

plus loin, nous exposerons les raisons qui nous font penser ainsi.

Martin, qui est un adversaire de la dilatation, la rejette d'une façon absolue comme manœuvre de diagnostic ; s'il a besoin de précision, après avoir épuisé les moyens ordinaires, il fait d'emblée un curetage explorateur, et il le fait, bien entendu, sans dilatation préalable. Nous ne saurions nous ranger à cette manière de faire. Martin oublie trop, à notre avis, que le curetage est un mode d'exploration qui, à cause de sa technique, de ses dangers mêmes, ne doit être employé que comme ressource ultime, si la dilatation elle-même s'est montrée impuissante à nous renseigner. Du reste, le curetage lui-même est-il capable dans tous les cas d'éclairer le diagnostic dans un cas de fibrome interstitiel, par exemple ? Peut-il alors être mis en parallèle avec la dilatation suivie du toucher intra-utérin ? D'ailleurs, nous ne croyons pas qu'il soit toujours possible de curer l'utérus, même avec la plus petite curette que l'on voudra, comme celle dont se sert toujours Martin, sans dilatation ; il n'y a qu'à supposer une malade atteinte d'endométrite avec sténose du col.

Martin n'a pas, du moins en France, beaucoup d'imitateurs. Les seules circonstances qui doivent dispenser de la dilatation artificielle avant le toucher intra-utérin sont celles d'un utérus à col ramolli, sinon dilaté, du moins permettant déjà une facile introduction du doigt. Au besoin, le doigt lui-même s'assurera si ces circonstances existent.

II. — Indications de la dilatation, moyen thérapeutique

Ici, une distinction s'impose : la dilatation peut être faite : *a*) comme opération préliminaire d'une intervention ; *b*) comme opération curative, seule ou comme auxiliaire d'autres moyens plus énergiques ; *c*) comme opération palliative.

a) *Dilatation, opération préliminaire.* — C'est à ce titre que la dilatation artificielle de l'utérus se pratique le plus souvent. Il est, en effet, peu d'interventions intra-utérines qui n'exigent l'agrandissement de la cavité cervicale, afin que l'opérateur puisse agir à son aise dans un champ opératoire qui serait par trop inabordable soit pour l'instrument seul, soit pour l'instrument secondé par le doigt, étant donné la conformation de l'organe. Comment procéder à l'extraction de débris d'œuf, à l'extirpation de tumeurs volumineuses par la voie vaginale, si on ne s'est pas ménagé une voie suffisante pour les atteindre ?

Martin lui-même, avec tous les gynécologues, regarde alors la dilatation comme indispensable mais là où il conteste son utilité, c'est dans le curetage, l'introduction de caustiques, les irrigations intra-utérines. Pour ce qui est du curetage, nous nous reportons, pour réfuter Martin, à ce que nous disions tout à l'heure à propos du curetage explorateur ; nous ajouterons seulement ceci : c'est que la dilatation, en étalant la muqueuse, permet un raclage beaucoup plus complet. Quant aux irrigations intra-utérines, si Martin a de la peine à admettre la possibilité du passage du liquide dans les trompes et le péritoine avec un col non dilaté, nous n'oserons pas, pour notre part, être aussi téméraire que l'auteur allemand, et, avec nos maîtres français nous dilaterons toujours l'utérus quand nous voudrons faire un lavage de sa cavité avec les moyens ordinaires.

Il est du reste naturel de penser que les matières septiques contenues dans l'utérus seront plus complètement expulsées avec le liquide injecté faisant reflux, à travers un orifice béant, dilaté, qu'à travers un conduit étroit. Aujourd'hui il est d'ailleurs si aisé de dilater et d'irriguer en même temps l'utérus, grâce à des instruments très ingénieux dont nous aurons occasion de parler, qu'il nous semblerait mauvais de repousser ces

moyens qui offrent, avec les garanties de la sécurité la plus absolue, la perfection la plus grande dans l'exécution.

b) *Dilatation, opération curative.* — Le rôle curatif de la dilatation n'est pas douteux dans certaines affections utérines ; on peut même dire qu'elle est le seul traitement rationnel applicable à ces affections : nous voulons parler des sténoses, soit congénitales ou acquises, soit spasmodiques, soit mécaniques.

Il est vrai que certains auteurs, Frey de Washington entr'autres, préfèrent l'électrolyse à la dilatation dans les sténoses congénitales avec dysménorrhée et stérilité ; mais la dilatation n'en reste pas moins indiquée. C'est du reste dans cet unique but que l'on a dilaté l'utérus, de toute antiquité, comme nous l'avons dit dans l'historique, et rien ne nous semble plus logique que d'élargir un canal trop étroit, si cette étroitesse a été reconnue, de par l'expérience des siècles, être la cause des symptômes observés.

Ce n'est pas ici le lieu de distinguer entre elles les diverses variétés de sténoses cervicales, et d'étudier les procédés qui conviennent à chacune d'elles. Qu'il nous suffise de dire que l'indication est formelle : que la guérison soit temporaire ou définitive, selon le moyen employé, les sténoses du col n'en restent pas moins pour la dilatation l'occasion de ses plus beaux triomphes.

Mais là ne se borne pas l'influence curative de la dilatation. Hégar lui attribue une action puissante, modificatrice des tissus, dans les hyperplasies du corps et du col, les petits polypes cervicaux, les néoformations glandulaires, pour amener un processus régressif. Nous nous contenterons de constater cette action. Pozzi pense que la dilatation renouvelée de temps en temps provoque probablement dans les tissus utérins une fluxion, une suractivité nutritive qui sera d'un grand

avantage dans les flexions commençantes, pour empêcher le tassement de l'utérus sur lui-même de s'accentuer davantage. Cette idée n'est du reste pas neuve : il y a longtemps que l'on attribue à la dilatation artificielle de l'utérus une action analogue à celle que produit sur l'urètre malade le passage répété des bougies : et certainement, Lawson Tait, Hégar n'ont pas méconnu cette action quand ils ont créé leur procédé.

Autrefois, on ne recherchait dans la dilatation que cette action mécanique dont nous venons de parler : aujourd'hui à cette action s'en ajoute une autre, mise à profit depuis ces quatre dernières années seulement, depuis que Doléris, Porak d'un côté, Vulliet de l'autre, ont songé à incorporer aux agents dilatateurs des substances antiseptiques. Ce procédé ingénieux a considérablement étendu l'influence curative de la dilatation. Jusqu'ici, en effet, dans certains cas d'endométrite avec hémorragies fréquentes mettant quelquefois la vie des malades en danger, on ne recourait à la dilatation que pour obtenir d'elle l'action hémostatique qu'elle possède au plus haut degré. L'effet est de longue durée parfois ; mais, en somme, il n'est que temporaire et palliatif. Mais aujourd'hui, en employant les tentes iodoformisées d'après les procédés de Doléris et de Porak ou le coton de Vulliet, ce qui revient au même, on est en droit de demander à la dilatation plus qu'une action hémostatique, palliative, mais encore une action curative. Cela ressort avec évidence des faits observés par Doléris et Porak eux-mêmes, faits consignés dans la thèse de Veper et qui sont très concluants. Ces résultats peuvent paraître surprenants au premier abord : que la dilatation ait une action sur les hémorragies, hémorragies dont nous n'avons pas à discuter le mécanisme, tout le monde le reconnaît, plusieurs théories sont même en présence pour expliquer ce rôle hémostatique de la dilatation. Landau croit à une compression mécanique des vaisseaux superficiels, d'autres regardent le corps dilatateur comme

cause provocatrice d'un réflexe amenant la contraction des parois et des vaisseaux de l'organe malade. Mais il y a plus : s'il faut en croire Doléris, l'action thérapeutique ne réside pas seulement dans la force mécanique des agents dilatateurs, mais encore dans les substances antiseptiques qu'ils renferment. Ces agents jouent le rôle de porte-topique, absolument comme le crayon d'iodoforme, mais avec cette différence que leur action est beaucoup plus énergique. En effet, sous la pression excentrique de la tente introduite ou même par le tassement des tampons de coton, les parois utérines se distendent, s'étalent, se moulent enfin sur la surface de ces corps ; la muqueuse est tiraillée, ses plis s'effacent, les orifices glandulaires deviennent béants et se remplissent d'antiseptique. Il en résulte une désinfection complète non-seulement de toute la surface muqueuse, mais encore, s'il y a un virus dans les culs-de-sac glandulaires, on a des chances de l'y poursuivre. C'est ainsi qu'il est arrivé aux auteurs que nous avons cités de faire, dans des cas d'endométrite, la dilatation comme opération préliminaire d'une autre intervention plus énergique, ou comme opération palliative, afin d'arrêter une hémorragie, et ils ont obtenu parfois avec elle seule des succès curatifs inattendus, mais qui s'expliquent.

Il ne faudrait pas cependant exagérer cette action, et l'étendre à tous les cas d'endométrite : on s'exposerait certainement à d'amères déceptions. La dilatation ne peut avoir d'action que dans les endométrites légères ; mais comme il est souvent difficile, en ne s'en rapportant qu'aux seuls symptômes, de différencier un cas léger d'un cas plus sérieux, il sera bon de commencer toujours par ce moyen inoffensif, quitte ensuite, si on y est obligé, à recourir à des moyens plus radicaux. Si la dilatation reste inefficace, on aura toujours l'avantage d'avoir stérilisé le terrain, si une manœuvre ultérieure est nécessaire.

c) *Dilatation, opération palliative.* — Nous ne reviendrons pas sur l'action hémostatique de la dilatation, dont on peut tirer parti non-seulement dans les endométrites, mais encore dans les cas de fibrome. Nélaton utilisait cette action et il a obtenu des succès remarquables. Grâce à elle, on peut, d'après Vulliet et Pozzi, lorsque la dilatation est faite par des moyens appropriés, obtenir un résultat de six semaines à trois mois, ce qui permet, dans certains cas, lorsque l'état général de la malade n'est pas atteint, et surtout si elle est près de la ménaupose, de reculer presque indéfiniment l'intervention.

Dans les cas de tumeur maligne, de cancer utérin, la dilatation, convenablement faite (v. plus loin p. 44), peut amener une cicatrisation temporaire de longue durée ; dans le cancer inopérable, nous verrons qu'elle agit comme un vrai pansement : elle draine l'utérus et empêche ainsi la résorption des sécrétions abondantes fournies par le néoplasme ; elle retarde par là la cachexie et peut enrayer pour un temps la marche envahissante de la tumeur et rendre l'existence de la malade relativement supportable.

Enfin, nous dirons, en terminant, que la dilatation est indiquée à titre palliatif dans les flexions confirmées qu'elle peut corriger d'une façon temporaire.

Contre-Indications de la Dilatation

Il nous a paru bon, bien que sortant de notre sujet, de dire un mot des contre-indications de la dilatation.

La première est la grossesse, et il faut toujours avoir présente à l'esprit cette éventualité possible, pour ne pas s'exposer à des mécomptes. Nous ne saurions mieux faire, à ce propos, que de citer un fait de Pajot, publié dans les *Annales de Gyné-*

cologie (avril 1889) et reproduit en entier dans l'ouvrage de M. Vulliet. Nous ne citerons pas textuellement le maître, parce qu'il nous faudrait trop de place. Voici le fait résumé : Une dame vient trouver Pajot parce qu'elle ne peut pas avoir des enfants. Pajot pratique le toucher vaginal et constate une rétroflexion très marquée, à laquelle il attribue la stérilité. Il dit à la dame, qui avait déclaré avoir été très bien réglée jusque-là, qu'avec cette affection, elle avait peu de chances de concevoir, tout en lui laissant cependant quelque espoir, et borne là ses explorations. Quatre mois et demi après, Pajot fut appelé en toute hâte auprès de la dame pour une indisposition résultant d'une chute dans l'escalier. La dame n'avait plus revu ses règles depuis l'examen. Pajot diagnostique une grossesse qui devait donc remonter au moins à quelques jours avant cet examen. Il termine son observation en disant : « Ce fait démontre com-» bien le médecin doit être circonspect. Si, pour faire le diag-» nostic de la rétroflexion, j'avais introduit l'hystéromètre ? » Ce qui est une contre-indication pour le cathétérisme l'est, à plus forte raison, pour la dilatation.

Hart et Barbour mettent au nombre des contre-indications la période menstruelle, et ils ajoutent qu'on doit toujours faire la dilatation au domicile de la malade, pour qu'après elle puisse garder le repos. Guturrez cite un fait où il pratiqua la dilatation sur une malade pendant les règles : la femme s'en alla, fut prise de frissons et présenta finalement tous les phénomènes d'une métrite aiguë.

Certains auteurs font de l'anémie une contre-indication de la dilatation : sans être si absolu, nous pensons qu'il serait bon de préparer la malade à l'intervention par un traitement général approprié.

Hart et Barbour rejettent la dilatation dans le cancer du col et, du reste, beaucoup de gynécologues pensent comme eux. Nous verrons qu'il n'y a cependant aucun inconvénient à l'em-

ployer dans ce cas, non pas, si l'on veut, en tant que dilatation, mais comme pansement, avec certains de nos moyens actuels que nous préciserons plus loin.

Enfin nous dirons avec Martin que « l'ennemi dans toute dila» tation, ce sont les affections des annexes de l'utérus. A part » l'infection, c'est à elles qu'il faut rapporter la plupart des » insuccès de la dilatation. » En effet, c'est là l'ennemi et l'ennemi le plus terrible. Tous les gynécologues sont d'accord sur ce point. Les périmétrites, les paramétrites, les salpingites, les ovarites, les hématocèles intra-pelviennes, etc., défendent la dilatation. On ne pourrait avoir la main forcée que s'il y avait une indication vitale à remplir du côté de l'utérus, et dans ce cas plus que jamais, il serait nécessaire d'agir avec la plus grande circonspection.

III

DES PROCÉDÉS ACTUELS DE DILATATION

Actuellement les procédés de dilatation artificielle de l'utérus sont au nombre de cinq :

1° Les tentes expansibles ; 2° les tamponnements progressifs, ou procédé de Vulliet ; 3° les bougies graduées ; 4° les dilatateurs métalliques mousses ; 5° l'instrument tranchant.

Les deux premiers de ces procédés constituent ce que l'on peut appeler avec juste raison la dilatation lente ; le troisième constitue la méthode de dilatation dite immédiate progressive ; enfin les deux derniers, la dilatation rapide, extemporanée, encore appelée divulsion quand elle est faite avec les instruments mousses, et discision ou dilatation sanglante, lorsqu'on la pratique avec l'instrument tranchant.

Nous ne nous faisons pas illusion sur la valeur de cette classification ; elle est attaquable, du reste, comme toutes celles que l'on trouve dans les ouvrages ; mais si nous l'avons adoptée, c'est parce qu'elle nous a paru faire ressortir mieux que toute autre un caractère de ces méthodes auquel nous avons accordé une grande importance : leur plus ou moins de rapidité d'exécution.

Car, disons-le de suite : si, à telle occasion, nous avons montré une préférence pour un procédé ou pour une méthode, ce n'est pas qu'il nous ait paru plus sûr qu'un autre au point de vue de l'antisepsie ; ils offrent aujourd'hui, tous, les mêmes garanties à cet égard ; mais ce qui nous a surtout

guidé dans le choix de la méthode à appliquer dans un cas déterminé, c'est cette considération de la rapidité de la méthode dans un cas, de sa lenteur dans d'autres, en nous rappelant toujours toutefois, qu'avant tout et malgré tout il ne s'agit pas seulement de dilater rapidement ou lentement, mais surtout de dilater convenablement et avec le moins de traumatisme possible, sauf dans certaines circonstances où le traumatisme est nécessaire et constitue même l'essence, la raison d'être de la dilatation.

Il est encore une autre considération dont Pozzi a fait très bien ressortir toute l'importance et que nous avons eue toujours présente à l'esprit. Dans toute dilatation, il faut envisager deux facteurs principaux, essentiels, pour la mener à bien : les qualités du procédé lui-même d'abord, la manière d'être du canal cervical ensuite.

» Le col, dit Pozzi, n'est pas un orifice, c'est un canal ayant » une ouverture supérieure sus-vaginale, une cavité en forme » de défilé, et une ouverture externe. Or, les conditions sont » très différentes, selon l'état de ces diverses parties, selon » non-seulement leur dilatation mais leur dilatabilité. Ce qu'il » faut surtout considérer, c'est l'état de l'orifice interne et de la » partie sus-vaginale du défilé cervical. Il est des cas où leur » dilatation, ou tout au moins leur ramollissement, ne laisse » plus subsister d'obstacle qu'au dessous d'eux, au museau » de tanche : par exemple, dans certains corps fibreux ou poly- » pes intra-utérins, après un avortement, etc. Ces cas sont » essentiellement différents de ceux où toute la longueur du » col est rigide. Les mêmes moyens ne peuvent pas être mis en » parallèle dans un cas comme dans l'autre. »

Un mot maintenant sur la technique générale de la dilatation.

Les gynécologues mettent la femme dans diverses positions:

les uns adoptent la position dorso-sacrée, les autres la position genu-pectorale, d'autres enfin la semi-pronation.

La première, la plus universellement usitée en France, nous paraît être la meilleure, parce qu'elle répond suffisamment à tous les besoins, qu'elle est la moins fatigante pour la femme, et la plus commode s'il y a lieu de pratiquer l'anesthésie.

Vulliet attribue bien les insuccès des chirurgiens, dans l'application de sa méthode, au choix de cette posture, au lieu de la position genu-pectorale, mais probablement la raison est tout autre.

La femme étant donc en position dorso-sacrée, on applique une valve de Sims et mieux encore une valve plate de Simon sur la paroi inférieure du vagin, afin de refouler le périnée, et on cherche le col ; on le saisit, après l'avoir découvert, avec une pince érigne, qui fait deux piqûres insignifiantes, et on l'abaisse. M. le professeur Chalot fait toujours ce prolapsus artificiel, bien entendu quand il est possible ; il est certain que cette précaution facilite beaucoup la manœuvre. On doit alors, au moyen de l'hystéromètre, s'assurer de la direction de la cavité utérine (Pozzi) pour éviter ensuite des tâtonnements ; puis on passe à la dilatation elle-même : nous exposerons les détails avec chaque procédé.

1° Dilatation lente

a) *Par les tentes expansibles.* — Le procédé de dilatation par les tentes expansibles est basé sur la propriété qu'ont les corps employés de se gonfler en s'imbibant d'humidité. Ces corps sont divers, mais nous ne mentionnerons que les plus usuels : l'éponge préparée et la laminaire. Pour leur préparation antiseptique, nous renvoyons aux leçons de gynécologie opératoire de Vulliet et surtout à la thèse de Veper (Paris 1887), où

se trouvent résumés les travaux de Doléris et de Porak à ce sujet. Qu'il nous suffise de dire que la meilleure préparation est celle à l'éther iodoformé, et qu'on ne doit employer, si on veut retirer des tentes tous les avantages qu'elles peuvent donner, que celles qui sont ainsi préparées.

En effet, il est d'autres préparations des tentes qui ont l'avantage de les rendre absolument aseptiques. Ainsi M. le professeur Tédenat enferme les tiges de laminaire dans une étuve avec du sable fin et chauffe à une haute température. Les germes sont certainement détruits, mais il manque quelque chose à cette laminaire pour pouvoir l'utiliser comme pansement (et nous verrons que la laminaire doit être surtout utilisée comme telle), l'incorporation d'un antiseptique. Ce désidératum est rempli par la préparation de Doléris.

Tout étant disposé comme nous l'avons dit plus haut, on prend la tente bien vaselinée par son milieu avec une pince à pansement (il n'est pas besoin d'une pince spéciale si l'utérus est abaissé) et on la pousse avec douceur dans le col, de façon qu'elle pénètre jusqu'au fil qui se trouve à son extrémité inférieure, puis on abandonne le col, et on introduit dans le vagin un tampon destiné à la soutenir.

Critique des tentes. — Le procès des tentes est aujourd'hui jugé en faveur de la laminaire, dit Pozzi, et nous pensons que c'est justice ; car les faibles avantages qu'offre l'éponge sont détruits par de sérieux inconvénients.

Il est vrai que la dilatation se fait lentement, puisqu'il faut une moyenne de huit heures pour que l'éponge se soit complètement gonflée ; elle est régulière le plus souvent, considérable, puisque la tente acquiert quatre fois son volume primitif ; elle se fait en général sans douleur et sans réaction ; mais même bien vaselinée, elle ne glisse pas toujours facilement,

frotte contre les parois, et souvent, à cause de la mollesse de son extrémité, ne peut franchir l'orifice interne.

De plus, malgré la désinfection la plus minutieuse, et quoi qu'en dise Doléris, on a observé des cas d'infection, de péritonite : il n'est pas un gynécologue qui n'ait eu à s'en plaindre. « On ne peut jamais la considérer comme absolument aseptique», dit Vulliet. Pozzi doute, lui aussi, qu'on puisse l'employer en toute sécurité. Porak lui-même, qui est un partisan des tentes, déclare que l'éponge ne met pas toujours à l'abri des accidents septiques ; on n'est jamais, pour ainsi dire, sûr de sa propreté.

Mais le plus grave reproche qu'on peut adresser à l'éponge, c'est qu'elle pénètre dans les plis de l'arbre de vie, et adhère promptement à la muqueuse.

Haussman a constaté qu'une éponge laissée seulement deux heures dans l'utérus est déjà recouverte d'épithélium : en admettant même qu'elle ne provoque pas la septicémie, elle lui ouvre au moins la porte. Werd, Seyfert, Emmet, ont bien préconisé des moyens pour prévenir cette adhérence, mais ils sont tous ou insuffisants ou peu pratiques.

Enfin, à cause de cette même adhérence, de cet enclavement de l'éponge dans les plis de la muqueuse, l'extraction est laborieuse, l'éponge se fragmente, surtout si elle est faite de plusieurs morceaux, ce qui n'est pas rare, et on a toutes les peines du monde à l'enlever en entier.

Ces raisons nous paraissent suffisantes pour être autorisé à proscrire l'éponge préparée, d'autant plus qu'elle est fort bien remplacée dans toutes les occasions où elle serait de mise par la laminaire qui, nous allons le voir, lui est de beaucoup supérieure.

Laminaire. — La laminaire fut employée pour la première fois par Sloan en 1862. Elle a été depuis perfectionnée par

Greenhalgh, qui la creusa dans toute sa longueur d'un petit canal permettant l'écoulement des sécrétions utérines sans lui enlever sa force d'expansion ; mais le progrès capital a été réalisé par Doléris au moyen de sa préparation par l'iodoforme: ce qui, nous le verrons, a considérablement étendu le nombre et surtout la valeur de ses applications.

On peut, quand c'est nécessaire, introduire plusieurs tiges liées en fagot ; la dilatation est plus considérable avec plusieurs petites tiges ainsi associées qu'avec une seule d'un volume plus grand.

La laminaire a tous les avantages de l'éponge sans en avoir tous les inconvénients. Elle glisse facilement jusqu'au fond de l'utérus, du moins quand l'orifice interne le permet ; elle n'entame jamais la muqueuse, comme le fait l'éponge. La dilatation se fait avec lenteur (dix heures environ) sans douleur ; elle est, en général, régulière, considérable, puisque le volume devient triple. Plus que tout autre agent dilatateur, elle ramollit les tissus du col. Préparée selon la méthode de Doléris, elle est un véhicule permanent d'antiseptique.

On a reproché à la laminaire de ne pas être retenue dans le col, d'être facilement chassée par les contractions de l'organe ; mais il est aisé d'obvier à cet inconvénient au moyen du tampon vaginal dont nous avons parlé. On l'a aussi accusée, tout comme l'éponge, de provoquer des accidents septiques : des observations le prouvent, et certainement toutes n'ont pas été publiées. Hart et Barbour ont eu de la septicémie après l'application d'une seule tige, malgré les précautions prises. « Les » raisons, disent-ils, qui font des tentes un moyen dangereux » sont évidentes ; la muqueuse utérine est une surface lympha- » tique absorbant rapidement. Or, on ne peut pas user dans ce » cas des précautions listériennes ; en outre la pression exercée » par l'expansion de la tente enferme les matières septiques » dans la muqueuse. » Mais il faut remarquer que ceci est de

1886 Les annales de gynécologie (1888) relatent des faits de Lee de New-York et de Smith, où la laminaire a produit de la péritonite ou de la pelvi-cellulite, etc. Ces faits étaient possibles à une époque où ces auteurs sans doute ne préparaient pas encore antiseptiquement la laminaire ; ils ne doivent plus se reproduire aujourd'hui.

Ce reproche ne doit donc pas entrer en ligne de compte, pas plus que la mauvaise odeur de la laminaire au moment de l'extraction.

Un des inconvénients les plus sérieux de la laminaire, c'est que souvent, à cause de la tonicité de l'orifice interne du col, et précisément parce qu'elle est élastique, elle subit au niveau de cet orifice un étranglement en sablier, de sorte qu'au point où la dilatation devrait être le plus considérable, elle est parfois nulle, et l'effet voulu est par conséquent totalement manqué. En outre, par suite de cette forme en sablier, il se produit un enclavement de la partie supérieure de la tente étalée en champignon dans la cavité du corps utérin, d'où parfois une extraction laborieuse. Il est vrai que pour Pozzi cet inconvénient, s'il existait seul, n'aurait pas grande portée, car on arriverait toujours, d'après lui, à retirer la tige en combinant les mouvements de traction avec des mouvements de spire et en opérant avec douceur et patience.

Quant à nous, nous ajouterons que, si la lenteur de la dilatation par la laminaire est un précieux avantage dans certains cas que nous fixerons bientôt, dans d'autres circonstances, au contraire, elle constitue un inconvénient sérieux dont il faut tenir compte en pratique.

Applications de la laminaire. — La laminaire est fréquemment employée aujourd'hui, mais elle l'est souvent mal à propos ; nous n'avons pas la prétention de blâmer la conduite de maîtres savants et expérimentés ; mais aujourd'hui nous avons

à notre portée des moyens dont nous essayerons de démontrer la supériorité dans certains cas. Pourquoi ne pas en faire usage ? Pourquoi ne pas suivre le progrès ? On nous objectera peut-être que l'outillage qu'exige l'emploi de la laminaire est des plus simples ; nous le reconnaissons sans peine ; mais on achète cette simplicité au prix de bien des ennuis. On a dit que la laminaire peut suffire à tous les besoins ; autrefois c'était possible, aujourd'hui nous avons mieux.

En effet, si on pratique la dilatation comme moyen d'exploration ou comme opération préliminaire au moyen de la laminaire, on court des risques de se heurter à une première difficulté, l'étroitesse et la rigidité de l'orifice interne ; nous savons que le but est alors le plus souvent manqué. De plus, à cause de la lenteur avec laquelle s'effectue la dilatation, deux séances opératoires sont nécessaires, l'une pour introduire la tente, l'autre pour l'extraire et passer ensuite à l'exploration ou à l'intervention qu'on se propose. C'est fâcheux : non certes qu'il y ait danger à attendre au lendemain à poser un diagnostic ou à intervenir ; dans la majorité des cas il n'en est pas ainsi ; mais c'est du temps perdu pour le médecin, un ennui de plus pour la malade, et ce qui n'est pas un inconvénient dans la pratique hospitalière peut le devenir en clientèle. La dilatation immédiate progressive nous semble alors bien supérieure.

Cependant, si on a affaire à une matrice à col rigide dans toute sa hauteur, et surtout à orifice externe sténosé, si l'on avait à craindre des douleurs trop vives et surtout des déchirures probables par une dilatation poussée trop vite, la laminaire est tout d'abord indiquée pour commencer le ramollissement des tissus ; c'est elle qui prépare le mieux la voie aux bougies graduées, en agrandissant surtout l'orifice externe. Mais ces cas où la laminaire est d'abord de mise doivent être

bien rares. M. le professeur Chalot, avec un bilan de cinq cents dilatations, n'a dû y avoir recours que cinq fois.

Pozzi emploie toujours la laminaire dans les métrites pour irriguer l'utérus, et il l'emploie encore combinée aux bougies pour arriver sur des polypes. Dans le premier cas, nous lui préférons l'instrument ingénieux de Reverdin, dont nous parlerons plus loin ; dans le deuxième, nous pensons que les bougies peuvent être employées d'emblée, car le corps utérin est déjà dilaté de par la tumeur et le col est au moins mou et facilement dilatable.

Bien au contraire, si on emploie trop la laminaire pour la dilatation exploratrice ou préliminaire, on néglige peut-être trop aujourd'hui d'en tirer parti lorsqu'on veut obtenir de la dilatation un résultat curatif. La lenteur avec laquelle elle se gonfle, jointe à l'incorporation de l'iodoforme, constitue alors une de ses principales qualités. Nous n'avons qu'à nous reporter à ce que nous avons dit de la dilatation comme traitement de l'endométrite légère. C'est avec la laminaire iodoformée qu'on pourra obtenir les deux actions nécessaires : l'une, mécanique, étalant avec lenteur une surface malade et permettant à la seconde, thérapeutique, de s'accomplir en favorisant l'introduction de l'iodoforme jusque dans la profondeur. Cette dilatation est au plus haut degré une intervention rationnelle : elle est de plus inoffensive ; il est donc de notre devoir d'en essayer avant de passer à des moyens plus radicaux : la laminaire ne peut avoir dans ces cas pour rival que le procédé de Vulliet qui, du reste, offre l'inconvénient d'être d'une technique longue et plus compliquée.

En somme, la dilatation est alors un vrai pansement antiseptique que les mouvements d'expansion de la laminaire rendent parfait ; il est curatif quelquefois, stérilisateur toujours.

On s'est servi et on se sert encore de la laminaire contre les sténoses congénitales cause de dysménorrhée et de stérilité.

Avec M. le professeur Chalot nous n'en ferons pas usage dans ces cas, d'abord à cause de sa lenteur, et puis il n'y a pas lieu de rechercher alors une action topique ; enfin et surtout, si le col est étroit dans toute sa hauteur, ce qu'on ne peut pas toujours prévoir, elle se montrera insuffisante contre le tonus de l'orifice interne, témoin le cas de Smith que nous citions plus haut et mentionné par Pozzi, dans lequel la laminaire appliquée deux fois et combinée même avec un débridement, aboutit à une dilatation nulle et laissa persister les phénomènes douloureux pendant la période menstruelle.

Dans une catégorie d'affections utérines caractérisées par une sténose peu marquée accompagnée de phénomènes nerveux réflexes disproportionnés avec la lésion, dans les sténoses spasmodiques, les utérus irritables, Pozzi ne croit pas que la dilatation agisse par la section (Schante, Martin), ou par l'élongation des filets nerveux (Doléris). Il explique plus simplement le soulagement immédiat des malades ; il l'explique par l'écoulement rendu facile des mucosités jusqu'alors retenues. « Une constante source d'actes réflexes est tarie. » Aussi, conduit par cette idée, il ne fait ni divulsion, ni dilatation sanglante, comme la majorité des gynécologues ; il se contente d'appliquer une laminaire avec de petits débridements sur la périphérie de l'orifice du museau de tanche, avec un bistouri boutonné, puis il passe les bougies de Hégar. Du reste il rejette toujours la vraie dilatation sanglante.

S'il est vrai que la dilatation agisse comme le pense Pozzi, sa manière de faire est logique ; mais cette action est-elle absolument démontrée ? Les scarifications ne pourraient-elles pas à elles seules revendiquer la plus large part des succès obtenus ? Jusqu'à plus ample informé, il est permis de voir encore, comme par le passé, dans ces sténoses spasmodiques une affection nerveuse analogue au vaginisme, etc., et de le

traiter en conséquence, c'est-à-dire non par la dilatation lente, mais par la dilatation forcée ou la discision.

Il est une autre variété de sténoses dites mécaniques qui, d'après Goëlet, seraient dues à une flexion de l'utérus, mais cette flexion ne serait qu'une pseudo-flexion : ce serait un état congestif, un catarrhe muqueux qui donnerait naissance à un bourrelet faisant saillie dans la cavité à la réunion du corps et du col : ce bourrelet produirait secondairement la flexion, d'où sténose au niveau du coude. Il est clair que la laminaire est tout indiquée pour combattre ce catarrhe cause de tout le mal. Cela revient à dire qu'elle agit ici comme dans l'endométrite légère. On y ajouterait d'ailleurs les bougies avec avantage.

Lorsqu'on veut obtenir de la dilatation l'action hémostatique dont nous avons parlé plus haut, on s'adressera avec des chances de succès à la laminaire : elle agit alors à la façon d'un tamponnement et son action lente et permanente ne saurait être remplacée que par la méthode de Vulliet. Nous avons trouvé, dans les Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie de 1887, une observation de M^me^ Gaches-Sarraute, très concluante à ce sujet. Il s'agissait d'hémorragies dues probablement à la présence d'un myome interstitiel, arrêtées par l'application de tiges de laminaire.

Peut-être cependant, dans les hémorragies dues à des tumeurs siégeant profondément dans la cavité utérine, serait-il préférable de se servir des tampons de Vulliet au lieu de la laminaire, à cause de la capacité acquise par le corps utérin, capacité que peut-être la laminaire seule serait impuissante à combler.

Enfin on pourrait utiliser la laminaire comme pansement dans le cancer utérin inopérable.

Pour nous résumer au sujet de la laminaire, nous ne l'emploierons pas pour faire la dilatation exploratrice et préliminaire, d'abord à cause de la lenteur du procédé, qui exige deux

séances, puis à cause de son insuffisance à vaincre la résistance de l'orifice interne du col. Cependant nous l'emploierons dans les cas rares où la rigidité de tout le col ne permettrait pas d'avoir, d'emblée, recours à un autre procédé. Nous aurons toujours recours à elle comme traitement curatif de l'endométrite légère et des sténoses mécaniques dues à un catarrhe muqueux, avant d'essayer des moyens plus énergiques.

Enfin, on pourra l'utiliser dans les hémorragies utérines et dans le cancer, mais le tamponnement de Vulliet peut, dans ces cas, lui être substitué avec avantage.

b) Dilatation lente par les tamponnements progressifs

(Procédé de Vulliet).

Vulliet a fait connaître son procédé en 1886. Il a été l'occasion d'un rapport détaillé de M. Charpentier à l'Académie de Médecine ; depuis, d'autres travaux ont paru sur ce sujet, entre autres, la thèse de Toussaint (Paris, 1887).

Nous avons placé ici l'étude de ce procédé, parce qu'il se rattache on ne peut plus à la dilatation lente. D'après Vulliet lui-même, c'est sa lenteur qui en fait la valeur.

Ce procédé est basé sur le tamponnement aseptique de l'utérus : il consiste à obturer la cavité avec des corps incapables de la blesser et de l'infecter, à laisser ces corps à demeure, à augmenter graduellement leur nombre et leur volume. Vulliet a choisi le coton, parce qu'il est peu irritant, se tasse bien et s'imprègne facilement d'antiseptique, du moins à sa surface : il se sert d'un antiseptique fixe, l'iodoforme ; il trempe les tampons dans une solution d'éther iodoformé au dixième ou au trentième, selon la quantité de tampons à employer, pour éviter

une intoxication. Il substitue quelquefois à l'iodoforme le salol, qui n'a pas de mauvaise odeur et n'est surtout pas toxique. Les tampons séchés par évaporation sont enfermés dans des flacons bien bouchés : il suffit de faire une coupe de l'un d'eux pour voir que l'iodoforme s'est déposé en couche à la surface. Les plus petits tampons ont, non comprimés, le volume d'un haricot, les plus gros, celui d'une noix ; ils sont attachés par leur milieu avec un double fil.

Technique. — Vulliet emploie la position genu-pectorale ou la position française. Nous préférons cette dernière. Il opère comme nous l'avons dit à la technique générale ; seulement il fait l'anesthésie locale, au moyen d'un tampon placé sur le col, trempé dans une solution de cocaïne au 1 0/0. Si le col est naturellement ramolli, il commence l'introduction des tampons, sinon il applique d'abord une laminaire ou quelques bougies, s'il veut aller plus vite. Il prend alors un tampon par le milieu avec une longue pince à pansement et le pousse jusqu'au fond de l'utérus. Si les contractions utérines l'expulsent, il en sacrifie ainsi quelques-uns jusqu'à ce que la cavité soit essuyée. Il maintient le tampon en place, avec une sonde ou un cathéter, pendant qu'il retire la pince, et ainsi de suite, en tassant bien les tampons les uns contre les autres, et en amenant les fils à la vulve, jusqu'à ce que l'utérus soit rempli jusqu'à l'orifice externe.

Vulliet dit que les malades n'ont pas besoin de garder un repos absolu ; elles peuvent marcher dans leur chambre.

Au bout de 48 heures, on retire ces tampons : leur présence a déterminé le ramollissement des parois de la matrice ; alors si on veut dilater l'utérus jusqu'à voir son intérieur, il faut, en plaçant les tampons, chercher à donner à l'utérus une forme évasée, en forme de cône dont le sommet regarde le fond de l'organe.

Vulliet reconnaît très-bien que tous les utérus ne sont pas dilatables au même degré ; plus les lèvres du col sont grosses, et plus il sera difficile de dilater. De même si l'utérus est sain, le segment inférieur résiste à l'obturation ; il y a lieu alors d'appliquer un fagot de laminaires.

La possibilité de dilater largement est liée à des conditions particulières (affections cavitaires, etc.) ; si ces conditions n'existent pas, dilater est un non-sens, dit Vulliet ; il en est de même si on dilate pour voir la cavité utérine et que ce ne soit pas nécessaire.

Vulliet ne prétend donc pas, comme on le lui a fait dire, que son procédé soit universel ; il ne l'applique que dans des cas bien déterminés, précisément lorsqu'une large dilatation est indiquée, que l'on a affaire à des affections qui ont pour siège la profondeur ou les parois (fibromes, endométrites fongueuses, cancer). Or, il arrive que précisément alors son procédé est fort bien supporté, car ces affections ramollissent d'elles-mêmes l'utérus.

Au contraire, dans les affections qui n'augmentent pas la dilatabilité de l'organe (strictures, déviations, endométrite sans végétations, sclérose, etc.) une dilatation faible ou de moyenne intensité suffit, et Vulliet a recours à d'autres procédés que le sien.

Il faudrait trois ou quatre tamponnements dans le cancer, soit huit jours ; dans les fibromes intra-pariétaux, six à huit sont nécessaires, soit quatorze jours ; dans les endométrites il faudrait plus encore.

La tolérance de l'utérus serait étonnante : si le tamponnement est bien fait, la réaction est rare ; on n'observerait parfois que des coliques passagères de peu d'importance. Il se produit quelquefois un accouchement des tampons ; mais si on laisse reposer l'utérus deux ou trois jours, la tolérance s'établit ensuite. Quelquefois ce procédé produit des phénomènes sem-

blables à ceux que l'on observe au début de la grossesse. Dans deux cas, au contraire, il a produit la cessation de phénomènes nerveux, comme on l'observe parfois pendant la gestation. On n'a jamais vu survenir d'accidents septiques. L'action hémostatique est énergique par ischémie des vaisseaux superficiels : cet effet est très prononcé et de longue durée, puisqu'il se fait sentir de six semaines à trois mois, et quelquefois au point de dispenser d'opérer des fibromes.

Pour résumer l'opinion de Vulliet sur sa méthode, nous dirons qu'elle est indispensable quand on veut faire un examen *de visu* de la cavité utérine. Elle maintient séparées les parties qui doivent l'être. C'est un pansement, un drainage excellent ; elle a une action hémostatique certaine, elle entraîne des modifications plastiques si elles sont désirables. Bref, elle permet de diagnostiquer, d'opérer et de panser sous le contrôle de l'œil.

Passons maintenant en revue les cas où Vulliet applique son procédé.

Il s'en sert comme opération préliminaire de curetage : « La » dilatation, qui étale les surfaces, dit-il, permet un raclage » beaucoup plus complet. En la maintenant, on peut surveiller » la formation de la nouvelle muqueuse et l'influencer dans un » sens favorable par des topiques qui n'ont pas de meilleur » véhicule que le coton même dont on se sert pour dilater. » C'est pourquoi, dans l'endométrite, l'endométrite puerpérale, la rétention du délivre et des débris de l'œuf (un certain temps après les couches) Vulliet applique sa méthode. L'utérus est alors très dilatable et l'on peut avec les tampons seuls arriver à produire l'expulsion sans curetage, témoin le cas que rapporte Vulliet, où l'expulsion se produisit chez une femme qui avait eu une fausse couche deux mois avant. Le coton aide au décollement et il peut enrayer l'infection.

Dans les fibromes utérins, la dilatation ordinaire permet de faire le diagnostic, mais on n'est pas quand même toujours

bien fixé sur les tendances de la tumeur, tendances qui peuvent commander une intervention différente, selon qu'elles se font vers la séreuse ou vers la muqueuse. Le procédé par les tampons, en donnant une dilatation permanente, permet seul plusieurs examens comparatifs et assure les décisions thérapeutiques à prendre.

De même, pour l'ablation de fibromes cavitaires, Vulliet proclame sa méthode supérieure ; il se base sur une statistique de Landau de Berlin, de deux cents cas de polypes siégeant très haut et échappant à la dilatation ordinaire qui ne dilate que jusqu'au polype, tandis que le procédé des tampons dilate même autour du polype, et le doigt peut contourner facilement la tumeur ; or, « cette perception d'une masse isolable achève le diagnostic » et les instruments manœuvrent aussi plus aisément dans ce vide créé par une large dilatation.

La dilatation par les tampons a permis encore à Vulliet de découvrir de tout petits fibromes de la paroi non soupçonnés jusque-là. Il l'a utilisée encore pour provoquer l'énucléation de fibromes interstitiels ou sous-muqueux d'un volume permettant l'intervention par la voie vaginale. Après s'en être servi d'abord pour les diagnostiquer, il pousse encore plus loin la dilatation, facile alors de par la tumeur même, et opère séance tenante. Il a pu même obtenir l'énucléation en procédant comme il suit : il tamponne fortement l'utérus ; au bout de quarante-huit heures, il retire ses tampons et fait un débridement de la muqueuse tout le long de la tumeur ; il tamponne de nouveau utérus et vagin, applique l'électricité, donne l'ergotine et attend. Les contractions utérines, réveillées par la présence des tampons, de l'ergotine et du courant, provoquent l'énucléation de la tumeur au bout d'un temps plus ou moins long.

Vulliet utilise encore son procédé dans le traitement palliatif des fibromes, seul ou associé à d'autres moyens, scarifications ou raclage. Il agit surtout avec lui contre les hémorragies

fréquentes, et qui ne sont pas dues, d'après cet auteur, à une inertie utérine comme après la délivrance, mais à ce fait que la muqueuse est malade, congestionnée, granuleuse ou variqueuse. Les tampons agissent par compression des vaisseaux superficiels, « comme un bandage roulé comprime des varices. Si l'explication est discutable, le résultat ne l'est pas. » On n'a pas alors besoin de pousser bien loin la dilatation; il suffit de renouveler les tampons tous les jours pour maintenir la dilatation. L'action, nous l'avons vu, est d'assez longue durée.

Vulliet a encore employé sa méthode, tout comme Doléris la laminaire, contre l'inflammation chronique de la muqueuse.

Enfin, il en fait aussi une méthode de diagnostic précis du cancer utérin, afin de juger par l'œil quelles parties du corps et du col sont envahies. Bouilly l'a suivi dans cette voie. Il l'utilise aussi pour le traitement du néoplasme. Ce moyen lui a permis d'opérer et de panser, de juger des effets *de visu*, de recourir, quand il l'a fallu, à des opérations complémentaires. Si le cancer est inopérable, les tampons transforment l'utérus, qui est un vrai clapier, en une plaie ouverte, facile à désinfecter. Vulliet l'a employé sept fois sur dix-sept cas de cancer et il a obtenu cinq cicatrisations.

Critique. — Ce procédé est on ne peut plus séduisant si on s'en tient à l'opinion seule de son auteur et aux résultats qu'il en a obtenus. Mais, malheureusement, toute médaille a son revers. Les gynécologues ont eu occasion, dans le court espace écoulé depuis l'invention du procédé, de lui trouver, à côté d'avantages réels, de sérieux inconvénients.

Le premier reproche, et le plus grave, qu'on puisse lui adresser, c'est son excessive lenteur. Pour faire un diagnostic ou pour préparer une intervention, il faut quelquefois huit et quinze jours, avec une séance de dilatation tous les deux jours.

Vulliet a beau dire qu'il ne faut pas être pressé en gynécologie, nous le lui accordons dans la pratique hospitalière ; mais en clientèle, il n'est guère possible d'agir ainsi. Ce sont des ennuis répétés pour la malade, pour la famille qui attend avec impatience le diagnostic, des ennuis surtout pour le médecin.

Taliaferro pense que ce procédé est de peu de valeur pour le diagnostic. Porak l'a employé dans quelques cas, sans en retirer aucun bénéfice. Pour M. le professeur Chalot, l'examen *de visu* de la cavité utérine, n'est qu'une satisfaction inutile d'une vaine curiosité. Il n'est jamais nécessaire, d'après lui. Quand la dilatation et le toucher intra-utérin (il est très sobre de ce dernier) ne le renseignent pas suffisamment, il a recours au curetage explorateur après avoir dilaté par les bougies, et à l'examen microscopique. Il est incontestable que c'est beaucoup plus rapide et aussi sûr. On peut objecter que le curetage ne pourra pas renseigner sur un cas de fibrome interstitiel par exemple : d'accord, mais alors la dilatation ordinaire, modérée, suffira toujours pour l'introduction du doigt, qui se rendra compte des détails de la tumeur. Vulliet prétend qu'il reste encore une inconnue, avec les moyens ordinaires, sur les tendances du néoplasme ; mais rien ne s'oppose à ce qu'on répète plusieurs fois l'exploration ordinaire, toujours plus rapide qu'avec les tampons.

En second lieu, on se voit souvent obligé, avant d'appliquer le procédé, de recourir à la laminaire pour commencer le ramollissement du col utérin : il faut bien reconnaître, avec Porak, que le rôle des tampons n'est pas un rôle dilatateur ; ils n'agissent que passivement, non par élasticité, mais brutalement par leur tassement ; ils ne sauraient que maintenir une dilatation déjà obtenue par d'autres moyens. Il est vrai que Vulliet ne les emploie que dans les cas où la matrice est déjà ramollie (néoplasme, etc.), et a perdu de sa puissance contractile ; mais, même dans ces cas, les gynécologues n'ont pas

toujours obtenu des succès. Veper, dans sa thèse, cite deux cas de Porak où la dilatation par les tampons pour des fibromes (cas où l'utérus semblait devoir être éminemment disposé à la supporter), fut absolument impossible.

En outre, cette tolérance, qui d'après Vulliet et Charpentier s'établirait à la longue et serait même étonnante, se fait quelquefois attendre trop longtemps. L'observation de Sabail (thèse de Veper) le prouve bien ; la malade fut prise de tranchées, de phénomènes nerveux intenses, qui finirent par faire renoncer à cette méthode. Vulliet attribue ces phénomènes à une intoxication par l'iodoforme ; Pozzi est incrédule sur ce point et met cet accident sur le compte de l'opération elle-même.

En présence de ces faits et de bien d'autres sans doute, Doléris s'est cru autorisé à conclure que le procédé de Vulliet est défectueux, et comme moyen d'investigation, et comme moyen thérapeutique. D'après cet auteur, comme moyen d'investigation, il est appliqué à la recherche de lésions assez petites pour rester douteuses avant cela, et justement alors l'utérus n'est pas assez malade, assez ramolli pour supporter une dilatation extrême, comme l'exige l'examen avec l'œil. Comme moyen thérapeutique, dans l'endométrite par exemple, il est douloureux et les tampons sont vite expulsés.

Sur le premier point, nous sommes absolument d'accord avec Doléris, mais notre opinion diffère un peu sur le second. En effet, dans l'endométrite, la dilatation étant employée comme pansement, il ne sera pas nécessaire de la faire excessive, et il est probable qu'alors les tampons seront aussi bien supportés que la laminaire qu'emploie Doléris. Nous allons voir du reste bientôt que le procédé de Vulliet a donné des succès dans l'endométrite.

En somme, nous considérons le procédé des tampons comme ayant des applications assez restreintes, en tant que procédé

dilatateur vrai ; il doit être surtout regardé comme un pansement et un pansement parfait.

Avec M. le professeur Chalot nous ne le jugeons pas indispensable pour fixer le diagnostic, et à titre d'opération préliminaire nous n'en ferions usage, mais seulement si les autres procédés ne nous avaient pas réussi, que pour l'extraction de polypes siégeant au fond de l'utérus et pour l'énucléation séance tenante de fibromes interstitiels. Vulliet l'a appliqué comme tel à trois cas de polypes fibreux intra-pariétaux, faisant saillie dans la matrice et à deux fibro-myomes volumineux. La thèse de Toussaint contient aussi deux faits du même ordre. Les résultats ont été excellents. Si en France et à l'étranger il y a eu quelques insuccès, il n'en reste pas moins vrai que cette manière de faire est à imiter, quand les autres procédés de dilatation ne donnent pas la place voulue.

M. le professeur Chalot regarde encore l'application de la méthode de Vulliet comme rationnelle, pour obtenir l'énucléation spontanée des fibromes interstitiels, en la combinant à l'ergotine et à l'électricité.

Nous avons dit comment agissait Vulliet dans ces cas. M. Chalot n'a pas eu à s'en servir, mais il le ferait volontiers à l'occasion.

En dehors de ces cas, le procédé par les tamponnements antiseptiques ne doit pas être considéré comme un procédé de dilatation. Il n'est qu'un pansement, pansement compressif lorsqu'il est employé à titre d'hémostatique, nous l'avons vu, nous n'y reviendrons pas, pansement antiseptique surtout de mise dans le cancer utérin et l'endométrite.

Pour juger de la valeur du procédé de Vulliet dans l'endométrite, nous n'avons que les observations de M. Vulliet lui-même et celles de M. Charpentier : nous regrettons de ne pouvoir ajouter d'autres faits.

Vulliet dit que dans des cas d'endométrite rebelle à d'autres

traitements, son procédé appliqué seul ou combiné au raclage a amené dans deux cas une amélioration de l'état local, la santé générale s'est rétablie et la guérison a persisté assez longtemps pour pouvoir être considérée comme définitive. Ces faits sont d'autant plus probants qu'il s'agissait d'affections déjà anciennes.

Nous n'insisterons pas sur l'action de la dilatation dans ces cas; c'est un pansement au même titre que la laminaire : appliquée seule ou après un raclage, elle maintient l'asepsie et absorbe les sécrétions.

C'est surtout dans le cas de cancer utérin inopérable que le procédé de Vulliet nous paraît devoir être appliqué. Nous connaissons déjà les résultats obtenus par M. Vulliet lui-même. La thèse de Toussaint contient à ce sujet quatre observations très concluantes. L'action peut se résumer en quelques mots : c'est un drainage de l'utérus empêchant la résorption des matières septiques. Mme Gaches-Sarraute, qui s'est occupée beaucoup du traitement palliatif du cancer de l'utérus, a réussi merveilleusement chez une malade au moyen du pansement de Vulliet. Le docteur Horteloup a obtenu les mêmes résultats.

Vulliet va plus loin (Toussaint). Sa méthode ne constitue pas seulement un traitement palliatif du cancer, elle peut devenir aussi, si l'on peut l'appliquer à des affections récentes, un traitement curatif, bien entendu autant qu'il est permis d'appliquer ce mot au traitement du cancer. Il est certain que l'opération reste toujours le procédé de choix, ce qui n'empêche pas que les résultats que fournit M. Vulliet sont dignes d'attention. Il a traité quatre malades atteintes de lésions peu avancées. Il a cautérisé et appliqué ensuite sa méthode. La guérison s'est maintenue très longtemps ; après onze mois, la cicatrisation persistait encore chez une de ses malades. On pouvait lui objecter que le diagnostic n'était peut-être pas cer-

tain, comme il arrive dans les cas de cancer au début. Mais M. Labbé a observé un cas où le diagnostic n'était pas douteux ; il fit un grattage et cautérisa, puis il tamponna l'utérus comme le fait Vulliet ; la guérison était complète au bout de quinze jours.

Mme Gaches-Sarraute a eu aussi un cas où la malade fut tellement soulagée par le tamponnement, son état local fut tellement amélioré qu'on pouvait la considérer comme guérie.

Nul doute donc que la plaie bourgeonne et cicatrise quelquefois ; cette cicatrisation peut présenter l'inconvénient grave de fermer complètement le canal cervical, d'où des accidents sérieux. D'après Toussaint, on peut prévenir cet inconvénient en laissant à demeure un cylindre de gaze iodoformée.

Le procédé de Vulliet agissant dans les circonstances que nous venons d'étudier, à la façon d'un pansement, il vaut autant, d'après Pozzi, employer le procédé de Fritsch et Landau qui remplacent le coton par une longue bandelette de gaze iodoformée, qu'ils entassent dans l'utérus. Cette manière de faire peut avoir des avantages, car elle paraît moins compliquée comme technique que le procédé de Vulliet lui-même.

D'après Polk, la gaze iodoformée pourrait remplacer le curage dans l'endométrite, surtout hémorragique : elle agit évidemment de la même manière que les tampons.

En somme, nous considérons le procédé de Vulliet comme présentant peu d'utilité en tant que manœuvre exploratrice, à cause de sa lenteur d'abord, puis parce qu'il n'est pas alors toujours appliqué avec succès, enfin parce qu'il ne fournit pas toujours les renseignements qu'il semble promettre d'après son auteur.

C'est une excellente méthode de traitement de l'endométrite ; seul ou combiné à d'autres moyens il agit aussi bien que la

laminaire. Il constitue encore un bon traitement du cancer utérin à son début, permettant de retarder l'opération. Dans les cas inopérables, c'est un excellent pansement. Il a une action certaine et de longue durée contre les hémorragies dues à la présence de polypes ou de fibromes ; plus qu'aucun autre procédé, il facilite l'ablation de polypes siégeant au fond de l'utérus et de fibromes ; enfin, combiné à d'autres moyens, (débridement, électricité, ergotine), il peut provoquer l'énucléation spontanée de fibromes sous-muqueux.

2° Dilatation immédiate progressive

(Bougies graduées)

Le procédé de dilatation par les bougies consiste à introduire dans l'utérus des instruments mousses, de matières diverses, d'un volume progressivement croissant. C'est pour cela que la dilatation qu'ils produisent est qualifiée de progressive ; elle est encore immédiate, car en peu de temps, un quart d'heure, une heure au plus, on peut obtenir une dilatation répondant au plus gros de ces instruments.

Il existe plusieurs modèles de bougies dilatatrices : celles de Peaslay, de Hanks, en forme d'olives supportées par un manche en S allongé ; celles de Tait, au nombre de quatre, se vissant sur un manche et soutenues par une ceinture ; enfin celles de Hégar de Fribourg, les plus usitées aujourd'hui, les seules sur lesquelles nous allons nous arrêter. Ces bougies sont en caoutchouc durci ou en verre. Mathieu a construit des bougies semblables, mais en métal ; nous n'y voyons aucun avantage.

Les bougies de Hégar sont des tiges lisses pleines, présentant une légère courbure, et à extrémité conique et arrondie.

La longueur totale de la bougie est de 19 centimètres, dont 14 pour la bougie elle-même et 5 pour le manche, qui est aplati. Le numéro 1 de la série a 2 millimètres de diamètre, et chaque numéro augmente progressivement de un millimètre, ce qui fait à peu près trois millimètres de plus pour la circonférence. Il serait à désirer, d'après Hégar lui-même, d'avoir dans certains cas des numéros intermédiaires dont le calibre augmentât seulement de demi-millimètre. La plus grosse bougie a 26 millimètres de diamètre.

Pour dilater, on place la femme comme nous l'avons dit (Hégar emploie la position de Sims). Hégar endort la malade ; Pozzi recommande aussi l'anesthésie. Vulliet pense qu'elle facilite la dilatation. M. le professeur Chalot l'emploie rarement. Nous estimons que si les douleurs étaient trop vives, l'anesthésie locale, comme l'applique Vulliet pour son procédé, serait suffisante. On pousse doucement d'abord le numéro 1 en combinant les mouvements avec de petits mouvements de pronation et de supination, et ainsi de suite ; si on éprouve quelque résistance, on laisse la bougie en place de une à trois minutes. Si le col est naturellement ou artificiellement ramolli, un quart d'heure suffit en général pour dilater au point d'introduire l'index ; sinon, il faut une heure et plus. On peut être obligé de s'arrêter, sous menace de déchirures ; du reste, on emploie rarement les plus gros numéros.

Critique. — Le procédé par les bougies de Hégar se distingue entre tous par les garanties d'asepsie qu'il présente. Rien de plus facile à désinfecter que ces instruments si simples, à surface unie permettant difficilement aux germes de se loger. Un autre grand avantage est la rapidité de la technique, puisqu'il ne faut guère plus d'une heure, même dans les cas les plus difficiles. Cette méthode est donc assez rapide, d'une part, pour permettre un diagnostic ou une intervention séance tenante, pas assez, d'autre part, pour surprendre l'utérus par une dilata-

tion trop brusque. La dilatation peut être poussée assez loin pour permettre au doigt et à un instrument de manœuvrer dans la cavité ; elle est suffisante presque toujours, sauf peut-être pour l'ablation de polypes du fond de l'utérus ; elle est régulière, car la bougie fait porter uniformément la pression sur tous les points du canal cervical ; cette répartition de la pression fait qu'elle est minime en un point donné, ce qui prévient les déchirures, et la résultante est quand même considérable. Le plus souvent, les bougies arrivent à vaincre la tonicité de l'orifice interne. Enfin, le passage réitéré des bougies produit une sorte de massage de la paroi que l'on a mise à profit (Pozzi) dans les flexions légères ; il se produit une fluxion qui augmente le tonus de la fibre lisse.

On a accusé les bougies de produire des dilacérations de la muqueuse et par conséquent d'ouvrir la porte à l'infection (Porak) ; mais les observations manquent à l'appui ; il serait du reste facile, avec cette méthode, d'enrayer rapidement cette infection. Les bougies n'ont guère d'action sur les strictures, il faut le reconnaître, et si le col est entièrement rigide, il n'est guère possible de les employer d'emblée, surtout lorsque c'est l'orifice externe qui résiste ; mais ces cas sont rares, puisque M. Chalot ne les a rencontrés que cinq fois, et il a dû alors appliquer d'abord la laminaire ou un dilatateur métallique. Certains auteurs mettent au nombre des inconvénients des bougies l'anesthésie prolongée que nécessite leur application. Ce reproche s'évanouit, si on fait l'anesthésie locale. Du reste, dans tous les cas la cocaïne n'est pas nécessaire. Nous avons vu souvent M. Chalot dilater ainsi sans que le malade accusât une grande douleur ; c'est que la dilatation par les plus gros numéros n'est pas toujours indispensable. Ainsi, d'après Hégar, Vulliet, Pozzi, pour l'introduction du doigt et d'un instrument, on devra passer les plus fortes bougies, et alors l'anesthésie est nécessaire. Pour pratiquer le toucher intra-utérin, une dilatation de

14 à 16 millimètres est suffisante ; on peut atteindre ce degré sans provoquer de grandes douleurs. Enfin, pour irriguer, cautériser l'utérus, introduire une pince, on n'a pas besoin de dépasser 6 à 8 millimètres.

La dilatation immédiate progressive au moyen des bougies doit être le procédé de choix pour faire le diagnostic. Aubenas le préfère à tous. On peut avec lui poser le diagnostic séance tenante. M. le professeur Chalot n'emploie pas d'autre méthode, sauf les cas rares de rigidité du col.

Comme opération préliminaire, ce procédé est préférable à la laminaire, que l'on emploie souvent dans ces cas : seulement alors il faut dilater selon les besoins. Le plus souvent il suffit pour l'extraction de débris d'œuf, l'ablation de polypes, sans recourir au procédé de Vulliet, mais à condition qu'on s'en serve alors largement. Justement dans ces cas, on trouve presque toujours un utérus à corps dilaté déjà et à col ramolli, bien disposé à se laisser dilater ; de sorte que la laminaire, que Pozzi recommande d'abord, ne nous semble pas nécessaire. Avant de procéder à un curetage ou à l'introduction de caustiques, les bougies sont encore ce qu'il y a de mieux, d'autant plus qu'il suffit alors d'une dilatation moyenne. Quant aux irrigations utérines, nous préférerions aujourd'hui la pince de Reverdin, modifiée par M. le professeur Tédenat ; mais on peut ne pas avoir cet instrument sous la main, et alors la dilatation par les bougies à 8 ou 10 millimètres serait la meilleure.

Dans les sténoses congénitales ou acquises, nous avons vu que de toute antiquité on a cherché à élargir le col au moyen de tiges dures arrondies ; même ce furent primitivement les seules applications de la dilatation. Il est certain que les bougies ont ici beaucoup d'avantages sur les autres procédés, sur la laminaire, parce qu'elles franchissent mieux qu'elle l'orifice interne, s'il est sténosé (du reste, il n'y a pas lieu ici de rechercher une action topique), sur la divulsion, qui n'est pas dans ce

cas absolument rationnelle, quoi qu'en dise Wathen. En effet, ce n'est pas le lieu de rompre des filets nerveux pour faire cesser des phénomènes douloureux : ce qu'il faut, c'est créer un passage facile aux menstrues et aux spermatozoïdes. Du reste, Hunter croit que la dilatation progressive est plus favorable à la conception que la dilatation extemporanée rapide. Vulliet, lui aussi, considère les bougies comme supérieures aux dilatateurs métalliques ; il a cependant un faible pour la pince de Reverdin. Pozzi donne, lui aussi, la préférence aux bougies de Hégar. « Leur passage répété, dit-il, donne un coup de fouet » à la vitalité des utérus plus ou moins incomplètement déve- » loppés, qui sont généralement ceux où siège une sténose » cervicale congénitale. » On doit, d'après lui, employer les bougies quelques jours avant la période menstruelle pour favoriser l'écoulement des règles et l'entrée des spermatozoïdes. Il est vrai que le résultat n'est que temporaire ; mais, toujours selon Pozzi, cette dilatation vaut mieux que la dilatation sanglante, qu'il considère comme mauvaise dans ces cas. Nous verrons, à propos de cette dernière, quelle raison il donne pour justifier son opinion.

Nous avons déjà dit, à propos des applications de la laminaire, comment Pozzi lui associait les bougies graduées et les petits débridements sur la périphérie du col, dans cette catégorie d'affections qu'à cause de leurs caractères on peut appeler brièvement les sténoses spasmodiques ; sa conduite est à imiter, bien qu'avec tous les auteurs nous donnions le choix à la divulsion.

Dans les sténoses dites mécaniques et les flexions utérines, les bougies seront encore avantageusement combinées à la laminaire quand on aura combattu avec cette dernière le catarrhe muqueux, ou bien après avoir procédé au curetage. On pourra alors appliquer les bougies deux ou trois fois par semaine. Ce passage répété, d'après Pozzi, provoque probablement une

fluxion, une suractivité nutritive qui corrige la flexion en tonifiant la fibre utérine. C'est une action semblable à celle que produisent sur l'urètre les bougies Béniqué.

Enfin comme procédé hémostatique, les bougies ne seraient inférieures ni à la laminaire, ni au procédé de Vulliet, surtout dans les hémorragies dues à des corps fibreux. Cette idée est de Baker Brown et de Nélaton : elle a été reprise par Kaltenbach, qui lui doit trois succès remarquables. D'après ce dernier, c'est un palliatif recommandable dans les petites tumeurs qui ne nécessitent pas une intervention et, surtout chez des femmes approchant de la ménopause, pour gagner du temps. Pozzi lui doit aussi un beau succès. Il suffit de dilater à 16 millimètres.

En résumé, le procédé par les bougies est le meilleur pour faire la dilatation diagnostique ; il suffit presque toujours. Comme opération préliminaire, il répond aussi à presque tous les besoins. En tant que traitement curatif, il s'applique aux sténoses congénitales ou acquises, d'une façon moins absolue, aux sténoses spasmodiques et mécaniques et aux flexions, seul mais surtout comme auxiliaire d'autres moyens. Comme hémostatique, il peut être mis en parallèle avec le procédé de Vulliet, surtout dans les cas de petits fibromes.

3° DILATATION RAPIDE, EXTEMPORANÉE

a) *Procédé par les dilatateurs métalliques mousses. (Divulsion.)*

La dilatation faite au moyen des pinces métalliques mousses fait partie de la méthode rapide, extemporanée, ainsi appelée parce qu'elle est faite pour ainsi dire d'un coup. On l'a encore appelée dilatation forcée ou divulsion, dénomination qui nous semble avoir plus de force que celle de dilatation

rapide, car elle fait bien ressortir la brutalité avec laquelle s'effectue cette dilatation poussée à l'extrême. L'essence de cette dernière est pour ainsi dire liée au traumatisme qu'elle produit ; on ne saurait la concevoir sans ce traumatisme.

Nous croyons donc qu'il y a lieu de distinguer avec soin ces deux termes : dilatation rapide et dilatation forcée ou divulsion, d'après le degré même de la dilatation. Les deux opérations, bien que faites avec les mêmes instruments, ne sont pas la même chose, et les applications en sont différentes.

Ces opérations s'effectuent au moyen d'instruments tous en forme de pince ou de spéculum bivalve, et dont le mécanisme fondamental est le même : écartement des branches par pression exercée sur le manche. Nous ne ferons pas ici leur description, car il y a des modifications de détail pour chacun d'eux qui tiendraient trop de place. Les uns sont à deux branches, tels que ceux de Pajot, de Doléris, qui n'est qu'une modification du précédent, d'Ellinger, de Schultze, etc. Ceux de Huguier, de Sims, de Scanzoni sont à trois branches. D'autres sont en forme de spéculum, Lasnenant-Deschenaix, Mathieu, etc.; mais nous n'en parlons que pour mémoire.

Un des meilleurs est celui de Pajot, à cause de sa simplicité ; les deux branches s'écartent à l'aide d'une vis, ce qui lui donne plus de force : elles ont une courbure semblable à celle de l'hystéromètre. Doléris l'a modifié en donnant aux branches une plus large surface, ce qui leur donne plus de force. Celui de Sims est un des plus puissants ; on peut arriver avec lui à vaincre le tonus musculaire. Tous ces instruments ont un défaut, c'est l'inégal écartement de leurs branches en haut et en bas. Ellinger a corrigé cet inconvénient par l'invention d'un instrument dont les branches restent en s'écartant toujours parallèles sur toute leur hauteur. Beaucoup de gynécologues l'affectionnent pour cela. Pozzi le regarde comme le meilleur.

Enfin, M. Reverdin de Genève est l'inventeur d'une pince à

deux branches plus longue que celle des dilatateurs ordinaires, et dont l'une est creusée dans toute sa longueur d'un canal qui se termine à quelque distance de l'extrémité supérieure par une ou deux ouvertures semblables à l'œil d'une sonde. A l'autre extrémité, vers la partie moyenne du manche, le canal se continue par une tubulure latérale sur laquelle peut s'adapter le tube d'un irrigateur. Grâce à cette disposition, on peut, avec cet instrument, dilater et irriguer en même temps l'utérus. Cette pince est droite : M. le professeur Tédenat l'a modifiée en lui donnant une courbure qui la rend plus commode.

Critique. — Les dilatateurs métalliques sont de précieux instruments pour dilater à un faible degré, à cause de la rapidité avec laquelle on peut opérer. C'est avec eux, parmi les procédés non sanglants, qu'on pourra faire de la dilatation brusque et large, quand, pour réussir, il est nécessaire de provoquer un traumatisme, ou quand il faut vaincre une résistance sur un point du canal cervical.

Mais ce procédé a aussi ses inconvénients. Les dilatateurs sont d'un nettoyage difficile ; leurs branches sont ou trop petites et, par conséquent, flexibles, et donnent une dilatation réelle bien moindre que ne le ferait supposer leur écartement à vide : elles n'ont pas, par conséquent, une force suffisante contre la résistance des tissus utérins ; ou, inversement, elles sont trop grosses, et alors l'introduction en est difficile ou impossible, sans recourir à une autre méthode. Comme la pression des branches ne s'exerce que sur des points restreints des parois, la dilatation est irrégulière et cause souvent des déchirures muqueuses ou profondes, pouvant amener des épanchements. Ces pinces sont donc ou insuffisantes ou dangereuses dans les fortes dilatations, et, ce qui complique encore la situation dans ces dernières, c'est que l'anesthésie est nécessaire, ce qui fait d'une petite manœuvre une sérieuse opération.

En somme, l'utilité des dilatateurs est assez restreinte, sauf, si c'est nécessaire, pour commencer une dilatation qu'on continuera ensuite par une autre méthode ; sauf ensuite dans des circonstances que nous allons déterminer.

En tant que dilatation rapide, ce procédé ne doit être employé, pour explorer l'utérus, qu'au début, pour faire la voie à l'hystéromètre tout au plus, pas même au doigt : nous lui préférons de beaucoup les bougies. Comme opération préliminaire de curetage, cette méthode pourra suffire si le col n'est pas résistant, parce que, dans ces cas, une dilatation excessive n'est pas nécessaire. Elle sera la meilleure pour faire les irrigations utérines et le curetage avec irrigation continue, à condition que l'on emploie la pince de Reverdin.

Vulliet et d'autres gynécologues l'ont appliquée au traitement des sténoses congénitales, et alors en tant que dilatation forcée ; mais il n'est pas nécessaire de s'exposer, dans ce cas, à des douleurs et à des délabrements. La dilatation immédiate progressive nous paraît être meilleure.

Mais, dans les sténoses acquises, avec sclérose du col généralisée ou avec une stricture limitée sur un point, nous lui donnons la préférence, avec la majorité des auteurs.

Enfin, il est un genre d'affections auxquelles nous avons déjà fait allusion, et que l'on a décorées de noms divers : sténoses spasmodiques, utérus irritable, hystéralgie, névralgies pelviennes, etc., caractérisées par une sténose le plus souvent incomplète du col, mais avec phénomènes douloureux dans toute la sphère génitale et contracture du col utérin. A propos des bougies et de la laminaire, nous avons vu comment Pozzi envisageait le rôle de la dilatation dans ces cas, et quelle méthode il employait. Mais on s'était fait jusqu'ici une autre idée de ces sténoses spasmodiques. D'après Malgaigne, le point de départ de tous les phénomènes serait dans le museau de tanche ; il y aurait névralgie

des plexus utérins. On a comparé cette affection à la fissure à l'anus, au vaginisme et, par déduction, on l'a rendue, depuis longtemps, justiciable du même traitement : la dilatation forcée, en vue de l'élongation nerveuse.

Doléris n'a donc rien annoncé de nouveau dans les Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie, quand il a préconisé la dilatation forcée ; seulement, il a fait, avec raison, ressortir les bons effets de cette méthode, appliquée aux cas dont nous parlons. D'après lui, les résultats seraient durables dans les deux tiers des cas, et jamais il n'a eu d'accidents. Doléris se sert alors du dilatateur de Sims, qui est très fort, ou encore de celui de Pajot, modifié par lui.

Ces résultats s'expliquent très bien, si on admet comme vraie la théorie dont nous parlions tout à l'heure. La dilatation forcée distend et déchire même un plus grand nombre de filets nerveux microscopiques que ne pourraient le faire les méthodes lente ou progressive ; ce sont autant de nerfs en moins pour la production des réflexes.

b) Dilatation rapide. Procédé par l'instrument tranchant. Dilatation sanglante, discision.

La dilatation sanglante fut créée en 1843 par Simpson ; il la pratiquait avec un métrotome à une seule lame. Martin père se servait, en 1849, d'un métrotome à deux lames. Sims, qui en fut un partisan très enthousiaste, le faisait avec son utérotome et avec des ciseaux. D'abord employée pour les seules sténoses de l'orifice externe, elle a été appliquée plus tard à celles de l'orifice interne et à toutes les coarctations du col.

Actuellement, on se sert du métrotome, des ciseaux ordinaires droits ou courbes, des ciseaux de Küchenmeister, qui se distinguent des ciseaux ordinaires par un crochet que porte

une des lames à son extrémité, pour les empêcher de glisser sur les tissus du col ; du bistouri, du thermocautère (Thomas).

Cette dilatation sanglante comprend deux degrés : 1° le débridement de l'orifice externe ; 2° l'incision bilatérale totale du museau de tanche (Pozzi).

1° *Débridement de l'orifice externe.* — Si on se sert du métrotome, on doit introduire l'instrument les lames cachées et de façon à ce que le tranchant soit dirigé latéralement jusqu'à l'orifice interne, puis on retire lentement en pressant graduellement sur le mécanisme qui fait saillir les lames (Hart et Barbour). Ainsi l'incision superficielle en haut comprend en bas toute l'épaisseur des lèvres du col. Avec le métrotome de Simpson l'opération est la même, seulement elle se fait naturellement en deux temps.

Le métrotome est un instrument dangereux, car il coupe à l'aveugle (Vulliet). Si on exerce une pression trop forte d'emblée, on s'expose à produire des désordres. Il est avantageusement remplacé par le bistouri, et surtout par les ciseaux à long manche ; mais, comme les lames des ciseaux ordinaires sont sujettes à déraper, les ciseaux de Küchenmeister sont préférables (Pozzi). On fait avec ces divers instruments une incision de 1 centimètre et demi de chaque côté.

Le résultat de cette opération est de faire d'un orifice circulaire étroit une ouverture à lèvres béantes.

Quand tout est terminé, Pozzi fait la suture des deux plaies au catgut; Hart et Barbour, au contraire, craignant que la réunion ne reproduise la difformité et ne l'exagère même, conseillent d'introduire dans le col la cheville de Thomas pour maintenir le col ouvert. Vulliet emploie un tampon iodoformé ou un tube de Sims.

Critique. — Les seuls avantages appréciables de cette opération, c'est qu'elle est très simple et très expéditive. Le plus

souvent aussi la dilatation par ce moyen est durable. Mais elle a le grave inconvénient de provoquer un traumatisme nécessitant, si on ne veut pas qu'il devienne dangereux, des soins consécutifs prolongés. Wathen (Rép. univers. d'obst. et de gyn., 1887) ne fait jamais cette dilatation sanglante, car elle donne, d'après lui, des plaies difficiles à guérir. De plus, la dilatation fournie par ce procédé est faible ; il n'est donc pas applicable aux cas qui exigent une large dilatation et, enfin, il n'agit pas sur l'orifice interne.

Aussi, d'après Pozzi, n'est-il indiqué que dans les cas où le seul obstacle est l'orifice externe ou si on n'est pas outillé pour faire la dilatation non sanglante (mais ceci ne doit pas, d'après nous, rentrer au nombre des indications).

Le débridement de l'orifice externe trouve donc surtout ses applications alors que le reste de l'utérus est déjà dilaté par la présence d'un polype ou par des débris d'œuf quelque temps après un avortement. On peut employer d'autres procédés comme nous l'avons dit, mais celui-ci est le plus rapide.

Dans les sténoses congénitales, on a mis en usage ce procédé, mais il faut bien le dire, avec peu de succès. Les résultats de l'opération, qui devraient être permanents, sont loin de l'être toujours. Pozzi dit qu'on en a abusé dans ces cas ; il considère cette opération comme mauvaise. D'après lui, les incisions de l'orifice externe se cicatrisent et reproduisent la difformité, ou bien il y a éversion de la muqueuse. Pour nous, nous attribuons la plus grande part des insuccès du débridement de l'orifice externe, à ce fait qu'on l'a appliqué indifféremment à toutes les sténoses, sans se soucier si l'orifice externe seul était rétréci; on l'a appliqué à toutes les coarctations, même à celles de l'orifice interne, semblant oublier que l'opération n'est qu'un débridement du seul orifice externe, et que Simpson ne l'employait que pour agir sur ce seul orifice. Il serait donc mieux

de revenir aux anciennes habitudes et de restreindre le domaine de cette opération dans les sténoses congénitales.

Sims a appliqué largement ce débridement aux sténoses spasmodiques dont nous avons eu occasion de parler à diverses reprises. Schante prétend aussi avoir guéri par ce moyen des névroses hystériformes. Sims n'a pas toujours eu des succès ; on peut probablement attribuer les revers à ce que la dilatation sanglante peut donner une cicatrice douloureuse qui perpétue les phénomènes nerveux. Hagner (Ann. de gyn. 1888) et d'autres auteurs n'osent pas du reste s'en servir, à cause des difficultés qu'on éprouve à guérir la plaie qu'on a créée. Nous donnerons donc la préférence à la dilatation forcée, et nous ne ferions la dilatation sanglante que si la première ne nous avait pas réussi.

2° *Incision bilatérale totale du museau de tanche*

Pour la description de cette opération, nous allons laisser la parole à Pozzi.

« ..... Il est nécessaire de procéder d'abord à la ligature préliminaire des artères utérines (Schrœder, Martin). La malade étant endormie et en position dorso-sacrée, la fourchette est abaissée avec une valve courte et le vagin fortement attiré d'un côté avec un rétracteur, tandis qu'une pince érigne attire le col du côté opposé ; l'on rend ainsi très accessible un des culs-de-sac latéraux. On l'explore avec l'index pour sentir les battements de l'artère utérine. On prend alors une grosse aiguille fortement courbée (ou mieux une aiguille de Deschamps) munie d'un fil de soie, et on pique le cul-de-sac à un travers de doigt en dehors du col et en ayant soin de ne pas dépasser en avant le niveau d'une ligne transversale qui serait tangente au col, antérieurement, pour éviter l'uretère. On doit saisir

avec l'aiguille la plus grande épaisseur possible de tissus, puis on la fait ressortir en arrière dans le vagin, le plus près possible de son point d'entrée et toujours à la même distance du col. En rapprochant ainsi l'orifice d'entrée et celui de sortie de l'aiguille, on a pour but de comprendre moins de muqueuse vaginale dans l'anse du fil. Celle-ci est ensuite fortement liée. On procède de même du côté opposé.

» ..... On peut alors sans crainte d'hémorragie prendre le bistouri. Le col étant abaissé, on fait de chaque côté une incision allant jusqu'à l'insertion vaginale et l'on cherche avec le doigt à pénétrer dans la cavité utérine. Eprouve-t-on de la difficulté, on glisse dans le col, à plat sur la pulpe de l'index, un bistouri boutonné, et le retournant, on scarifie de chaque côté la face interne du col, jusqu'à ce que le doigt puisse passer.... »

Pozzi termine en disant comment il faut suturer le col après l'exploration, quand et comment il faut lever la ligature des utérines.

Martin procède à peu près, mais avec quelques variantes. Il incise à fond de chaque côté, mais ensuite, du milieu de cette première incision il en fait partir une autre oblique de bas en haut et de dehors en dedans jusqu'à l'orifice interne.

Critique. — Voici comment les auteurs apprécient cette opération : Vulliet n'en dit pas un seul mot, Hart et Barbour n'en parlent que pour dire que Thomas se sert du thermocautère au lieu du bistouri pour ne pas avoir d'hémorragie. Il n'est pas nécessaire d'insister beaucoup pour démontrer que cette manière de faire est défectueuse. On n'a pas d'hémorragie, soit ; mais on a une plaie qu'on ne peut réunir, et qui pourra être très longue à se cicatriser. En outre, on aura des chances d'avoir une cicatrisation vicieuse qui rendra le col difforme, malgré l'emploi de la cheville de Thomas.

Martin préfère à tous ce procédé de dilatation ; il l'emploie indifféremment dans tous les cas qui, nous le savons, sont très restreints pour lui. Il reconnaît très bien cependant qu'il a eu souvent des insuccès, mais il se venge en disant que la dilatation progressive ou une autre n'auraient pas alors été meilleures.

Sa statistique des cas de guérison de la stérilité par ce moyen est bien peu concluante. Il a opéré 160 femmes, il n'a eu après que 22 grossesses ; il est vrai qu'il n'a pu suivre tous les cas ; mais il s'en console en disant que les maris étaient manifestement impuissants ou les femmes étaient à un âge où elles ne pouvaient plus concevoir.

Même aurait-il eu toujours des succès dans les sténoses avec stérilité, ce ne devait pas être, d'après nous, une raison pour employer ce moyen dans tous les cas où il faut dilater la matrice. Et Martin le reconnaît si bien au fond que, quoiqu'il rejette absolument les tentes, comme dangereuses et inefficaces, il les recommande cependant aux mains peu exercées, à la place de la section totale du col.

Il ne faut donc pas, à l'exemple de Martin, faire de ce procédé un procédé universel. Bien au contraire, ce procédé doit être toujours considéré comme une ressource ultime. En effet, la dilatation artificielle n'est-elle pas, en somme, une opération de petite chirurgie utérine ? Pourquoi la faire sortir de son rôle, en faire sans utilité une opération sérieuse et même compliquée ? La section bilatérale totale du col n'est plus de la dilatation, au sens propre du mot, et comme on l'entend en général. Pozzi le reconnaît très bien, car il dit : « Il s'agit là d'une véritable opération qu'on ne doit entreprendre si l'on n'a déjà une assez grande habitude de la chirurgie utérine. » Et pourquoi ce traumatisme considérable ? pour une exploration ou une intervention qui le plus souvent n'exigent pas de pareils

délabrements : on crée une lésion plus sérieuse que celle à laquelle on veut porter remède.

Nous n'ignorons pas que Nélaton a pratiqué cette opération contre les hémorragies des corps fibreux. Villa l'a vantée dans les Nouvelles Archives d'obst. et de gyn., 25 janvier 1888, p. 576 ; mais alors elle n'agit plus comme dilatation, car elle se réduit à la ligature des artères utérines et encore ne doit-elle, d'après Pozzi, avoir d'utilité que si le myome est très bas situé au-dessous des artères elles-mêmes ou du moins de leurs branches.

Nous envisageons donc ce procédé comme une ressource ultime que l'on devra seulement utiliser dans des cas qu'on ne saurait tous prévoir, et lorsque des moyens plus simples auront été ou inapplicables ou inefficaces.

Ici devraient trouver place des observations à l'appui de ce que nous avons avancé. Mais avec l'assentiment de Monsieur le professeur Chalot, nous n'avons pas jugé à propos d'en faire figurer dans notre thèse. En effet, en présence du sujet que nous avons traité, nous nous trouvions dans une fâcheuse alternative, celle de citer seulement quelques faits et de n'être pas concluant, ou d'en citer de nombreux et d'être ainsi indéfiniment long.

Ayant eu la bonne fortune de voir assez souvent M. le professeur Chalot pratiquer la dilatation, nous avons aimé mieux nous appuyer sur la pratique de notre maître, que nous avons pour ainsi dire résumée dans ce travail.

IV

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

On dilate l'utérus pour explorer sa cavité, pour rectifier son canal, pour y faire des opérations, pour en panser la surface.

La dilatation artificielle est donc un moyen diagnostique et un moyen thérapeutique.

Comme moyen diagnostique, elle complète les données insuffisantes fournies par les moyens ordinaires d'exploration ; elle permet en même temps d'avoir accès dans l'utérus pour intervenir.

En tant que moyen thérapeutique, elle agit de deux manières :

1° En tant que dilatation vraie, par son action mécanique (sténoses, flexions, etc.) ; 2° en tant que pansement, soit compressif (hémorragies) soit antiseptique, par une action topique (endométrite, cancer utérin).

Ce dernier rôle de la dilatation n'a été acquis que ces dernières années, par l'emploi de la laminaire iodoformée et des tampons de Vulliet.

Il y a lieu de bien distinguer trois méthodes de dilatation auxquelles se rattachent les divers procédés. Méthode lente, méthode immédiate progressive, méthode rapide, extemporanée (cette dernière sanglante ou non sanglante).

La méthode lente (laminaire, procédé de Vulliet) est surtout applicable quand la dilatation agit à la façon d'un pansement à cause des substances incorporées aux agents dilatateurs (endo-

métrite, cancer), soit à cause de la compression qu'elle produit (hémorragies dues à des fongosités, à des fibromes).

Elle constitue quelquefois un traitement curatif, toujours un précieux auxiliaire d'interventions plus énergiques.

La méthode immédiate progressive (bougies graduées) trouve ses applications presque toujours lorsque la dilatation est faite comme manœuvre exploratrice, et le plus souvent encore quand elle est faite comme opération préliminaire. Sa principale qualité est d'être assez expéditive, sans cependant l'être au point de produire des désordres. Elle est suffisante dans la majorité des cas ; quelquefois il est nécessaire (mais rarement) de la combiner avec la méthode lente qui doit la précéder (laminaire) si le col est trop rigide, ou la suivre (procédé de Vulliet) pour parfaire la dilatation que les bougies ont commencée.

La méthode extemporanée est sanglante ou non sanglante. Non sanglante, elle suffit, modérément faite, dans certains cas comme opération préliminaire (irrigation intra-utérine avec la pince de Reverdin, curetage). Poussée à l'extrême (divulsion), elle est la méthode de choix à appliquer au traitement des diverses formes de l'hystéralgie.

La dilatation sanglante comprend deux opérations : 1° débridement de l'orifice externe ; 2° incision bilatérale totale du museau de tanche.

La première doit être réservée aux cas où la méthode rapide non sanglante (sténoses spasmodiques) serait restée sans effet ; ou bien si, tout l'utérus étant dilaté (polype, etc.) il n'y avait comme seul obstacle pour arriver sur la tumeur que l'orifice externe. C'est alors le meilleur procédé, parce qu'il est le plus expéditif.

La seconde doit être considérée comme une opération le plus souvent inutile, toujours compliquée et s'écartant de la dilatation vraie, comme une ressource ultime de mise seule-

ment dans des cas qu'on ne peut prévoir à l'avance, ou lorsque les moyens ordinaires sont inapplicables ou sont restés inefficaces.

De tout ceci nous pouvons conclure :

1° Parmi les procédés de dilatation artificielle de l'utérus que l'on possède actuellement, aucun n'est applicable à tous les cas où la dilatation est indiquée. Il serait donc irrationnel de s'en tenir à la pratique d'un seul procédé invariablement dans tous les cas.

2° La distinction des méthodes en lente, immédiate progressive et rapide est nécessaire, car leurs qualités sont différentes et chacun des procédés qui s'y rattachent trouve des indications spéciales qu'une autre méthode ne saurait remplir aussi parfaitement.

3° Il se présente même des cas où un seul procédé sera insuffisant, les méthodes pourront et devront même être associées, combinées entre elles pour mener à bien la dilatation.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier le 2 avril 1891.
Pour le Recteur :
L'inspecteur d'académie délégué
J. YON.

Vu bon a imprimer:
Montpellier le 2 avril 1891.
Le Doyen,
A. CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Chalot. — Chirurgie opératoire.
Hart et Barbour. — Manuel de gynécologie, 1886. Trad. par Crouzat.
Hegar et Kaltenbach. — Traité de gynécologie opératoire, 1885.
Martin (A.) de Berlin. — Traité clinique des maladies des femmes. Trad. de Varnier et Weiss, 1889.
Pozzi. — Traité de gynécologie clinique et opératoire, 1890.
Vulliet et Lutaud. — Leçon de gynécologie opératoire, 2e édit., 1890.
Toussaint. — Thèse de Paris, 1887.
Veper. — — —
Annales de gynécologie, depuis 1887.
Archives de tocologie, depuis 1887.
Bibliographie de Hayem. (Rev. des sc. méd., art. utérus, depuis 1887.)
Bulletin de la Société de chirurgie de Paris.
Lyon-médical, 1887, p. 439.
Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie, depuis 1887.
Semaine médicale, depuis 1886.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !